

コミュニティケアとケースマネジメント

— ソーシャルワーク援助を軸として —

額 原 浩 司

〔抄録〕

本論文は、コミュニティケアを具体化する援助としてソーシャルワークの方法論としてケースマネジメントを論じている。コミュニティケアについては、形は形成されつつあるものの、本来のコミュニティケア概念とわが国で展開されているコミュニティケアの比較によって、形成過程から生じる問題点を論じている。その問題点に対し、パーソナル・サービス実践過程によって、対象者援助における環境面からの働きかけについての方法論を考察するものである。

キーワード：コミュニティケア，ケースマネジメント，ケアマネジメント，ソーシャル・ワーク

はじめに

近年の超高齢化社会の訪れの中で、老人福祉の領域は日本社会の中で問題が共有され始めている。それは老人の領域だけではなく、あらゆる生活の局面に影響を与えている。高齢者の生活問題と高齢社会問題は、社会福祉領域の転換を要請することになる。そこで「高齢者」がなぜ問題となるのか。超高齢社会で高齢者が問題となるのは、高齢のために障害を持つようになるために、自立した生活を維持することが困難になる為でもある。つまり高齢者を「ケアサービスの必要な人々」ととらえ、このような生活問題を解決するプロセスの中に、国民・住民全体への普遍的なサービス構築は可能ではないだろうか。そのようなサービス・システムのモデルとして提案されているものとしてコミュニティケアを最初に考察し、その援助技術としてケースマネジメントの有効性を論じていく。

1. コミュニティケアという概念と変化

コミュニティケア (Community Care) という言葉や概念は当初施設ケアに対する反省から生じたものと考えられる。英国においてもいつ頃から用いられていたかは必ずしも明確ではない。20世紀初頭には地方自治体が“More Homely”⁽¹⁾ということを提言していたという記述から、産業革命後の救済の歴史の中から重要な位置を占めてきた施設収容型ケアに対しすでに問題提起が始まっていたと考えられる。それがさらに明確にされるのが、1946年のカーチス委員会による児童ケアへの提言である。その中で児童は施設で養護されるよりも家庭や小グループで養護される方が望ましいとされ、1948年の児童法はその原則を確立したと考えられている。初期の段階では施設ケアに対置する処遇を指した言葉として使用された。

しかし一般的にはコミュニティケアという発想は、1950年代に精神障害者処遇の領域に生じたものとされている。それは、それまで典型的に長期入院・入所を必要とすると考えられてきた精神障害者が、顕著な薬物療法の発達によって在宅生活が可能であるとされるようになり、1957年の『精神障害者及び精神薄弱者に関する王立委員会勧告』は公式にコミュニティケアによる処遇を提言した。精神障害者の社会復帰を目指して「インスティテューショナルケアからコミュニティケアへ」という考え方は、対象者は、施設内ではなく、生活の拠点を家庭において地域でのケアを使いながら自立する生活を送るという意味に変貌したものとして、その意味では同じく長期入院・入所という問題、家庭に閉じこめられがちという問題を共有する身体障害者、高齢者にも拡がりを持つようになったと考えられ、次第にコミュニティケアの考え方は定着を見る。

しかし初期においてはその理念・処遇は必ずしも明確ではなく、その後も色々な論議が続けられた。M.ペイリーの“Care in the Community”と“Care by the Community”の概念整理や、R.M.ティトマスの批判と論議は少なくなかった⁽²⁾。またデンマークのバンク＝ミケルセンが提唱したノーマリゼーション思想も理念の具体化に大きな影響を持ったと考えられる。そこでは障害があるからと行って障害者や老人が社会から阻害される理由はなく、そのためその構成員として「生活状態」が障害のある人と同じであることは権利であるとしている。その上で身体条件をノーマルにすることは不可能にし、生活条件をノーマルにし障害をもつものが障害を持たないものと同等のチャンスを保障する。特に生活条件としてケアサービスは生活の場としての地域内での保障の方法としてコミュニティケアは有効性を補強されたと思われる。

1977年英国保健・社会保障省はコミュニティケアを以下のように定義している。

「コミュニティ」という用語は、病院、ホステル、デイホスピタル、レジデンシャル・ホーム、デイセンター、そして訪問サービスを含む広範なサービスを包括する。「コミュニティケア」は保健部局、地方自治体、民間組織、セルフヘルプ、または家族や友人な

ど、いずれによる供給でも、プライマリ・ヘルスケアから上記のサービスを包含するものである。

日本でこの用語が公式に使用されたのは昭和44年の東京都社会福祉審議会答申『東京都におけるコミュニティケアの推進について』においてであるが、そこでは施設ケアの劣悪性を説き、コミュニティケアの優位性を指摘している。コミュニティケアを施設ケアと対立する概念としてとらえると施設不要論につながることになるが、従来の施設批判に対する反省の中から収容施設のあり方が検討され、収容施設のもつ専門的機能、すなわち治療・教育・訓練・リハビリテーションなど独自の専門的機能領域をもつ施設となることが必要とされると考えるべきであろう。それは施設が地域で一定の役割を担うものとして、その機能を社会化することと考えられる。従ってコミュニティケアを施設ケアと対立する概念ととらえることは不適切であって、むしろ収容施設が処遇改善の努力を通して変質する中から、コミュニティケアが生まれ、施設自体もそのひとつの機能を担いコミュニティケアの中に包含されるものとしてとらえることが妥当である。

2. 日本での在宅福祉サービスとコミュニティケア

近年のわが国における在宅福祉サービスが、コミュニティケアを指すものとしてしばしば混同されるが、これは先ほどの施設ケアとの対立概念としてみることから生じているという指摘は多く見られる。その意味でコミュニティケアは、対象者を自宅で処遇することを目的としたものと考えてるのではなく住民参加のもとに地域社会の責任において対象者の人格尊重のサービスを提供するためのいわゆる公私協働のもとでの福祉活動とという概念である。施設ケア、在宅サービスはその下位概念となるものである。つまりそこで保障されなければならないものはコミュニティ内でのケアサービスの連続性といえよう。

しかしわが国では高齢者領域の医療行政の財政悪化と共に、長期入院が制限されることにより、要介護高齢者の在宅人口の増加が見られ、地域ニーズの高まりが在宅福祉サービスニーズを高め、入院・入所ニーズに応えられない病院・施設のあり方が、コミュニティケア推進の理由であり、先に挙げた施設の変容やケアサービスの連続性の追求がコミュニティケアの形成に原動力を与えたとはいえない。つまり制度上の変化により、現場ニーズの高まりが、逆に急速な在宅サービスの充実と施設ケアの変容を要請し、その形がコミュニティケア＝地域福祉となって現れていると考える方が妥当である。

本来のコミュニティケアの理念形成がなされる前にニーズが先行している訳だから、わが国のコミュニティケアの形成はこれからである。その意味では、社会福祉事業法第三条基本理念にノーマリゼーションの原則がつけ加えられたとあって、その理念が具体化されているとはい

えないし、財政赤字からなる制度の転換にいかに応えていくかが、要援護者のニーズに応答することと言えよう。

筆者は現状のコミュニティケアの形成は、制度の急速な転換による従来のサービスの代替的なものと考えている。つまり形はコミュニティケアをとってはいるが基礎は入院・入所サービスの代替性によっており、展開されている在宅サービスも施設機能の社会化とはいえない状況である。このように考えた上で地域内でのケアサービスの連続性の実現に向けてケースマネジメント援助を論じていく。

3. ケースマネジメント

ケースマネジメントは簡単に言えば、個人に対する援助として社会的な介護サービスや福祉サービスを必要としている対象者に、そのニーズをアセスメントし、利用できるサービスを組み合わせて提供し、継続的にサービス利用者の生活をモニターすることによって、対象者のケアサービスの連続性を図る援助技術またはそのようなシステムを指す。

英国では、同じような活動がケアマネジメントに統一されているが、そのような用語の変更はケースという言葉には人を見下すという響きがあり、またマネージする対象は人ではなくケアであるというような認識がされたからであると説明されている。⁽³⁾わが国でも厚生省に設置されていた「高齢者介護・自立システム研究会」が1994年12月に発表した『新たな高齢社会後システムの構築を目指して』⁽⁴⁾などケアマネジメントとという言葉にとって変わりつつあるようだが、本稿ではそのような活動を含めケースマネジメントに統一して使用する。

現在の社会福祉領域、ことに高齢者介護の領域では、ケースマネジメントはその有効性と共に注目されている援助技術であるが、そのような動向の背景について杉本敏夫は以下の五⁽⁵⁾点に整理している。

- ① ニーズの変化
- ② ニーズに担い手の変化
- ③ 処遇理念の変化
- ④ 在宅サービスの専門分化
- ⑤ 在宅サービス供給主体の多様化

①は、いわゆる貨幣的なニーズから非貨幣的なニーズに変化したことである。ニーズが短期的な介入で解決できるものから、介護問題に象徴されるように長期的な介入が必要なものへ変化していること。またこのようなニーズは金銭的な給付では済まされないほど個別的で、長期にわたるものであり、月日の経過と共に変化していくものである。そのような変化に対して必要

なサービスも変化していくためにモニタリングという長期的な見守りが必要なことも特徴としている。

②は従来の社会福祉サービスは貧困者を対象としてきたが、これは金銭給付だけでなく、施設利用でも在宅サービス利用でも、その利用要件として低所得などの条件が付けられていたことなどでも明らかである。しかし今日の社会福祉はこの点で大きく変化し、所得は福祉サービス利用の条件ではなくなっている。これは高齢者の介護問題の拡がりを中心としてニーズの担い手が大きく変化してきたためである。かつては多くの場合、家族の中で対応してきた高齢者介護が、家族機能の変化、価値観の変化によって家族だけで対応することが不可能になっている。これは所得の問題とは無関係の問題である。言い換えれば所得の多い層でも福祉サービスを利用しないで家庭のみの対応が不可能になってきているということである。

③についてはニーズの担い手の変化と共に進んできたのは、入所施設中心の処遇から、在宅中心の処遇への変化である。これは老人保健法の改正などによる制度的な変化から起こった現象であり、このような在宅でケアを行うことで経費をできるだけ削減しようとする動きは家族に負担を強いることにもつながっている。一方では社会福祉利用者中心の考え方をとるようになってきたことも処遇理念の変化の要因であろう。後者については社会通念にはなっていないがノーマリゼーションの導入も影響を与えていると考えられる。

④については、在宅サービスは家庭奉仕員制度といわれていたホームヘルプサービスが実質的な在宅サービスを引き受けていたところから、現在は施設機能の社会化ともいえるデイサービス、ショートステイなど専門分化が進行しサービスを適正に組み合わせて支援する役割が必要となってきたのである。

⑤については、従来の福祉サービスは公的な部門がほぼ全責任を持って提供するものと考えられてきたが、公的セクター、営利セクター、民間セクターなど、福祉サービス供給主体の多様化が進んだことである。この結果利用する側にとっては自分のニーズに最も適合したサービスを探し出すことが困難になってきている。また各サービス供給主体はそれぞれの機関の持つサービス機能だけでは一人の対象者のニーズに答えきることはできない。このような状況は、先に指摘したようにケアサービスの変容が供給主体の多様化を惹起したのではなく、増大するニーズに対応することに専念して社会資源開発が行われたことと考えることができよう。

以上にあげた①～⑤にあげた背景が、サービス利用者がこのような複雑な状況になりつつあるサービスを、自らの状況に合わせて上手く組み合わせて利用することが困難な状況を作り上げている。そのためにサービス供給側は利用者のニーズ、すなわちケアのマネジメントが求められることになる。つまりマネジメント・ニードが利用者側に存在することになったと考えられる。

4. ケースマネジメント援助の実際と問題点

ケースマネジメント援助内容については、前田大作氏、白澤政和氏など、様々な背景から理論化されているが、一般的には次の5つの過程を経て展開される援助活動とされている。

すなわち①アセスメント②ケアプランの作成、ケアの手配③ケアの実施④モニタリング⑤再アセスメントから②へ、との5段階である。

言うまでもなく、アセスメントはサービスを利用しようとする対象者のニーズを把握する段階である。アセスメントはサービス本位のアプローチではなく、ニーズ本位のアプローチでなければならない。すなわち既存のサービスにこだわることなく、サービス利用者が実際に必要としていることを整理し、どのようなサービスがどれだけ必要なかをまとめるようなアプローチの重要性を指摘しておく。またケースマネジメントはアセスメントシートを使用することが大きな特徴である。それはソーシャルワークのクライアント中心の面接を損なう可能性も指摘されているが、一方ではやはりケースマネジメントの大きな特徴である、他の専門職との協働の基盤となるものである。

アセスメントに続く段階はケアプランの作成である。これをケアパッケージともいう。この段階はサービス利用者のニーズを充足するために様々なサービスを組み合わせてパッケージする段階である。パッケージされるサービスの基本的なものは公的なサービスであろうが、公的なサービスとして入手不可能なものは、利用者との合意に基づいて、ボランティアな部門、民間営利部門からも探しだそうとするのがケースマネジメントの特徴であるし、あるいは新たなサービスをつくり出すコミュニティ・オーガニゼーションの発端となる必要性があらう。

パッケージ化されたサービスは実施に移される。サービス提供が利用者のニーズに適合しているかを常にモニターし続ける。繰り返すが利用者のニーズは絶えず変化するものである。身体的な自立度のように長期的に変化していくもの、突発的な疾病や介護者の病気など急激に変化するニーズもある。このような変化に柔軟に、そして即応的に対応が必要であり、モニタリングの必要性は重要なものである。

このような突発的な変化は別にしても、安定的にサービスが提供されている場合でも、定期的なニーズの見直し、潜在的な危機回避の方法を、変化に応じたサービス内容の変更が必要であらう。この段階が再アセスメントである。ニーズ変化が発見された場合、そのパッケージが組み替えられてサービスが提供されるのは当然である。

以上ケースマネジメント援助が対象者中心に関わるプロセスを簡単に述べた。しかし前述の杉本敏夫は「同じことをするにしても誰がそれをするかによって、内容の濃さが大きく異なってくることが、またケアマネジメントの特徴である。」⁽⁶⁾としているが、それは特徴であるというよりもむしろ欠点になりうるものと思われる。対象者を疾病別、または障害レベル別でとらえる枠組みは、まだ完成しているとはいえないし、またサービス導入の先導となった

サービス機関が主導権をとる場合が多いために、その機関の機能に合わせてニーズアセスメントをしてしまう可能性など、やはり連携して援助に当たる共通基盤の形成の難しさは、ケースマネジメント援助を展開する上で解決を要する問題となる。

この問題と関連してケースマネジメントを「どこで、誰が」行うのか?という問題がある。先に挙げた『新たな高齢者介護システムの構築を目指して』という報告書はこれからの社会的な介護システムのあり方を示唆する文書であるが、その中で次のようなことが提言されている⁽⁷⁾。

- ① ケアマネジメント機関は地域に開かれたものが望まれる。
- ② 利用者が複数の機関の中から選択できるものであることが適当である。
- ③ デイサービス、デイケアなどのサービス供給機能を持つことも重要である。

これを見ると複数の機関で行う方向性が示されている。この報告書では具体的な機関名は明記されていない。また報告書では「介護に関し専門的知識と経験を有する保健、医療、福祉関係担当者をメンバーとする『ケアチーム』によって遂行されることが適切である。その場合、高齢者の心身の状態についての医師の専門的な判断は尊重される必要がある」としている。このようにケースマネジメントの担い手は保健医療と福祉の専門家が想定されており、医師の参加も不可欠とされている。従ってソーシャルワーカーもケアチームの一員として役割を担うということは高い可能性を持ち、その意味でケアの中でのソーシャルワーク活動を担う方法論がソーシャルワーカーに要求されると考えられる。

5. コミュニティケアとケースマネジメント

ケースマネジメントの必要性が認識され、導入されるようになった最も重要な契機の一つが、コミュニティケア政策あるいは地域福祉・在宅福祉政策の展開であることは前述したとおりである。しかしコミュニティケア政策は、筆者の見解では入院・入所に対する代替性の政策と考えられ、地域において連続的なケアを目指して構築されたものではなく、そのためコミュニティケアの一つである在宅ケアのデリバリーが困難な状況の中、ケースマネジメントは登場してきたと考えられる。

そのために「コミュニティあるいは地域の中で生活する対象者に、いかに連続性のあるケアサービス供給が可能か」というコミュニティケアの構築は「どのような活動をコミュニティケアと考えるか?」という検討を行うよりも、政策的・実践的観点から「どのような意図でどのような内容のコミュニティケアが、住民のニーズにより提案されているのか」という検討を行う方が有益であると思われる。

言い換えるなら、現実のケアサービスの必要な人々に対して、社会資源をどのように組み合わせさせてケアサービスを提供していくかを明らかにしていくために、対象者援助の過程を、対象

者のみならず地域をもアセスメントの対象としていく必要がある。つまり対象者の生活障害を地域からの影響から生じるものととらえ、ソーシャルワークの対象としていくことが求められるのである。一方では対象者、一方では地域を援助の対象としていく方法論の止揚が、コミュニティケアの具体化としてのケースマネジメントの過程に求められるのである。

① アセスメント

対象者のニーズ把握を、個人の状態・環境側面だけでなく地域環境要因からもニーズ発生原因まで把握する必要性が加味される。生活障害の発生要因は個人の疾病レベルから生じるとしても、社会資源自体のアセスメントを行うことによってニーズに応答できないサービスのあぶり出しを行って地域ケアサービスの連続性を損なっている要因を分析する。

② ケアプランの作成

ここでは、対象者のニーズに対して地域サービスを合わせていく作業が必要となる。ケアチームによる対象者援助のサービスの連結のマニュアル作りにとどまらずに、各ケアメンバーの属するサービス提供機関の機能を調整し、連携の場としての共通の方法論作りの場として機能しなくてはならない。

③ ケアの実施

連携を基礎としたケアパッケージを実施する。ここでは各ケアサービスが十分に機能しているか、サービスは不足していないかを十分にチェックし、ケアサービスがケアプラン通りに提供されているならば、向上した対象者の生活状態をモニタリングによって潜在的なニーズとなっているものを探し出すことも、対象者の急変への対応と共に重要な項目である。同じくサービスの連携の問題点が生じていないかもモニタリングの対象である。

④ 再アセスメント

ケアサービスによって対象者の生活はケアサービスが入る以前と変わっているために必ず再アセスメントは必要であることはいうまでもない。この際のアセスメントには、各サービス機関の連携の状態が対象者にデリバリーされるサービス提供の状態に現れると考えられ、連携をもととするコミュニティケアをアセスメントしていく必要があろう。

以上にあげた援助プロセスはケアサービスの対象者に対して直接的な援助と、間接的な援助として地域サービス供給の環境からの側面的なもので成り立っていることになる。

コミュニティケアを形成する援助技術として、複雑化するサービス供給主体の多様化によって、ケースマネジメントは実践化を必要とされた。その実践の過程においてマネジメントの必要性というよりも、今度は複雑化したサービス供給主体のあり方が、潜在化されたニーズとして要援護者の立場から要請されている。そのニーズに対しても、ソーシャルワーク本来の技術として、ケースワーク、グループワーク、コミュニティ・オーガニゼーションなどを展開しうるケースマネジメント援助は有効であると考えられる。

一方、ケアマネジメントといわれる活動は、看護・介護ニーズが高い要介護高齢者に集中

しがちであり「ケアを集中的合理的に供給する技法」として一人歩きしている現実、コミュニティケアにおける、個人と環境のインターフェイスに援助者として介入し、両者を同時に改善するというソーシャルワークが持つ包括的なジェネリック・アプローチの視点が欠落し、対象者のニーズを充足させるために、ケアチームはサービスメニュー供給チームに陥るのではないかと危惧される。この危惧は、先に指摘したようにわが国ではもともと「ケアの連続性」という視点が抜け落ちたままコミュニティケアが形成されてきた為に、各サービス提供機関は自身の専門分野のサービスを自己防衛的に展開している部分がかいま見られるからである。その意味ではケアマネジメントはソーシャルワークそのものでない為に、現在各方面で研究されているアセスメント・シートなど基本的にはADL中心のデリバリー型となっている。このような形態は「家庭の病室化」とまではいわないものの、地域あるいはコミュニティという視点が欠落しているように思える。しかしケアチームにソーシャルワーカーがその役割を果たすならば、個別の問題に着目する視点と同時に社会全体に目を向けるという機能をフルに活用することが求められているといっても過言ではあるまい。個人援助領域のケアマネジメントから、地域援助レベルのソーシャルワークとしてのケースマネジメント、そしてコミュニティケア推進に関する援助の可能性は、ソーシャルワークの方法論から得るものは少ないと思われる。

おわりに

21世紀の超高齢社会の訪れは、介護のみならずあらゆる家族機能が社会化されと思われる。今までの社会福祉の枠組みの中で提供されていた介護サービスは、その枠組みを打ち破り、福祉でもなければ医療でもない新たな社会援助制度として確立して行かざるを得ないだろう。その中でコミュニティケア、ケースマネジメントを論じてきたが、そのような介護の社会化は、今までと違うコミュニティ形成を要請することになり、その構成員である住民の社会化されたサービスに対する考えも当然変わってくるだろう。昨今ソーシャルワークの議論の場でエンパワーメント、ソーシャル・ロール・バリゼーションなどが語られている。それは1970年代から今日までの間に、地域政策、福祉政策、保健・医療政策など多くの分野において、そして行政担当者、現場実践者、住民運動のリーダーなどがコミュニティ形成を目的として活動を展開する中で取り入れられたものと考えられる。このような優れた概念をいかに具体的に構築していくかを射程に入れてコミュニティケアとその方法論であるケースマネジメントをソーシャルワーク実践ととらえ、コミュニティ形成の一助となるのではないだろうかと考えてきた。多分に概念的な論であり、具体的な問題はいくつも上げることができる。しかしながら援助実践現場こそが地域問題の提起の場所の一つであることは重要なことである。

今後の研究の方向として、地域援助の現場から問題提起の場をいかに形成し、そして問題解

決につなげていくかを課題としたい。

注

- (1) 中央法規 社会福祉士養成講座⑦『地域福祉論』社会福祉士養成講座編集委員会 1992年 P53
- (2) 中央法規 社会福祉士養成講座⑦『前掲書』P.53
- (3) 中央法規『ケアマネジメント』ジョアン・オーム ブライアン・グラストンベリー編著 日本社会福祉士会 監訳 杉本敏夫訳
- (4) 高齢者介護・自立支援システム研究会編『新たな高齢者介護システムの構築を目指して』高齢者介護・自立支援システム研究会 1994年 P.18
- (5) 杉本敏夫「コミュニティケアにおけるケアマネジメントの意義と課題」『ソーシャルワーク研究』vol.21 No.1 1995
- (6) 高齢者介護・自立支援システム研究会『同上報告書』P.30
- (7) 高齢者介護・自立支援システム研究会『同上報告書』P.30

(えばら こうじ 社会学研究科社会学・社会福祉専攻博士課程) (1996年10月16日受理)